

NÝJAR ÁHERSLUR Í RÁÐGJÖF UM GETNAÐARVARNIR – ungt fólk þarf breytta þjónustu



Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður hér á landi hafa að baki öflugt og gott háskólanám sem undirbýr þessar starfsstéttir að takast á við fjölbreytt verkefni heilbrigðisþjónustunnar. Vaxandi þörf er á því í samfélaginu að skilgreina viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar sem ekki er sinnt sem skyldi. Eitt af þeim viðfangsefnum er kynheilbrigðisþjónusta fyrir ungt fólk og innan hennar ráðgjöf um getnaðarvarnir. Þessi þjónusta er háð því að heimila fyrrgreindum starfsstéttum að ávísa hormónagetnaðarvörnum. Aðgengi að sérhæfðri ráðgjöf um getnaðarvarnir fyrir ungt fólk hefur verið takmarkað hér á landi og mikil þörf á að auka gæði þjónustunnar.

Í íslensku samfélagi starfa hjúkrunarfræðingar og ljósmæður í heilsugæslu og hjúkrunarfræðingar eru jafnframt að störfum í skólum landsins. Á þessum starfsvettvangi gætu þessar starfsstéttir sinnt ráðgjöf um getnaðarvarnir í mun meira mæli en gert er í dag, einkum í framhaldsskólum. Hér á landi er mikil þörf á því að gera kynheilbrigðisþjónustu (m.a. getnaðarvarnarpjónustu) aðgengilegri og bæta hana (Sóley S. Bender, 1990a, 1990b, 1995, 2005, 2006). Þetta er einkum brýnt hvað varðar ungt fólk þar sem rannsóknir hér á landi sýna að þessi hópur byrjar snemma að stunda kynlíf og tekur margvíslega áhættu í kynlífi sem endurspeglast m.a. í hærri þungunartíðni hér en til dæmis á öðrum Norðurlöndum (Bender, 2005). Rannsóknir hafa að auki leitt í ljós að ungt fólk hér á landi sem erlendis finnur fyrir ýmsum hindrunum þegar það þarf að fá

kynheilbrigðisþjónustu. Á síðastliðnum ellefu árum hafa nemendur mínir í ljósmóðurfræði tekið viðtöl við konur um getnaðarvarnanotkun þeirra og má ljóst vera af þessum viðtölum að mikil þörf er á að bæta bæði fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir. Auk þess hefur reynsla mín síðastliðin ellefu ár, á kvennasviði Landspítala-háskólasjúkrahúss þar sem ég hef verið með móttökuna Ráðgjöf um getnaðarvarnir, sýnt mér hvað konur hefur oft vantað upplýsingar um þær getnaðarvarnirnar sem hafa notað.

Hingað til hefur ávísun getnaðarvarna verið í höndum lækna. Víða erlendis hafa hjúkrunarfræðingar fengið leyfi til að ávísa hormónagetnaðarvörnum. Hefur það verið gert til að auka aðgengi og bæta gæði þjónustunnar. Jafnframt hefur þótt nauðsynlegt að gefa vel menntuðum starfsstéttum tækifæri til frekari



Dr. Sóley S. Bender er dósent við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og forstöðumaður fræðasviðs um kynheilbrigði.

starfspróunar (An Bord Altranis og National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2005); National Health Service, 1999).

„Mikil þörf er á að bæta bæði fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir.“

Staðan erlendis

Víða erlendis, meðal annars í Bandaríkjunum, Bretlandi, Nýja-Sjálandi, Kanada og Svíþjóð, hafa hjúkrunarfræðingar og ljósmæður fengið ákveðin leyfi til að ávísa lyfjum (An Bord Altranis ..., 2005). Reglur þar að lútandi geta verið ólíkar milli lands og innan hvers lands. Leyfin geta verið við eða afmörkuð við sérstaka lyfjaflokka.

Gerður hefur verið greinarmunur á þeim sem eru sjálfstæðir við ávísun lyfja (á ensku „independent prescribers“) og þeim sem eru öðrum háðir um lyfjaávisanir („dependent prescribers“). „Independent prescribers“ eru þeir fagaðilar sem meta ástand og heilsufar einstaklingsins, greina vandamál og ávísa lyfjum. „Dependent prescribers“ meta ekki heilsufar eða heilsufarsvanda einstaklingsins en hafa leyfi til að ávísa vissum lyfjum, iðulega fyrir afmarkaðan skjólstæðingahóp (Crown, 1999).

Í kjölfar fóstureyðingarlaganna á áttunda áratug síðustu aldar var mörkuð sú stefna í Svíþjóð að ljósmæður hefðu lykilhlutverki að gegna í sambandi við að veita ungu fólki fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir og fengu þær fljótlega leyfi til að ávísa getnaðarvörnum (Sundström-Feigenberg, 1984). Ljósmæður í Svíþjóð styðjast bæði við sjálfstæða leið (independent prescribing) og samstarfsleið (collaborative prescribing) við ávísun lyfja innan fjölskylduáætlunarþjónustunnar (An Bord Altranis..., 2005). Í Svíþjóð hafa heilsugæsluhjúkrunarfræðingar haft leyfi til að ávísa lyfjum frá því árið 1994. Leyfin eru háð ákveðnu heilbrigðisástandi (health indications, conditions). Gerð var úttekt á þessu starfi hjúkrunarfræðinga sem sýndi að breytingin leiddi til margvíslegra framfara. Í framhaldi af því var ákveðið að útvíkka lyfseðilsleyfi hjúkrunarfræðinga sem vinna með öldruðum (An Bord Altranis ..., 2005). Einnig

Árið 1994 var hjúkrunarfræðingum, sem störfuðu í heimaþjónustu (district nurse eða health visitor) í Bretlandi, gefið lögbundið leyfi til að ávísa afmörkuðum lyfjum (An Bord Altranis ..., 2005). Einnig

hafa verið gerðar lagabreytingar í Bretlandi varðandi hópreglur (group protocols) er varða lyfjagjöf til hóps sjúklinga sem hafa svipaðar þarfir. Í bresku skýrslunni Review of Prescribing, Supply and Administration of Medicines kemur fram að mikilvægir kostir fjölskylduáætlunargöngudeilda (family planning clinics) sé greitt aðgengi að þjónustu hjúkrunarfræðinga þar (Crown, 1999). Á þessum göngudeildum starfa sérmenntaðir hjúkrunarfræðingar. Störf þeirra eru nefnd í skýrslunni sem dæmi um störf á afmörkuðu sérsviði og því bundin við ákveðin skilgreind lyf. Störf falla undir „independent prescribers“ sem þýðir að starfsmennirnir meta sjálfir ástand skjólstæðingsins áður en hormónagetnaðarvörn er ávísað. Í Bretlandi er gerð krafa um ákveðna menntun og þjálfun áður en leyfi til ávísunar lyfja eru gefin (Crown, 1999).

Í Bandaríkjunum hefur lyfseðilsleyfi þróast með sérmenntuðum starfsstéttum, s.s. „nurse practitioner“ (NP) og „nurse-midwife“ (An Bord Altranis..., 2005; Pearson, 2003). Hvert fylki í Bandaríkjunum hefur sínar reglur um lyfjaleyfi. Í 49 fylkjum eru NP með einhvers konar lyfjaleyfi (Schudder, 2006). Lagaleg heimild fyrir þessar fagstéttir að ávísa lyfjum hefur verið rakin til þess að sérfræðiþjónusta þeirra var viðurkennd af þeim stofnunum sem sáu um niðurgreiðslu á þjónustu þeirra. Jafnframt var til staðar þörf í samfélaginu fyrir þjónustu þeirra og það reyndist mikilvægt fyrir skjólstæðinga að leita frekar til þeirra en annarra fagaðila. Hjúkrunarfræðingar, sem ávísa lyfjum, þurfa að öðlast ákveðna menntun og þjálfun þar sem m.a. er lögð áhersla á lyfjafræði, líkamsmat (physical assessment), klínísk ákvarðanatöku og færni í greiningu vandamála. Þessi kennsla fer fram á meistarastigi (American Academy of Nurse Practitioners, 1998).

Af framansögðu er ljóst að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður í ýmsum nágrannalöndum hafa fengið leyfi til ávísunar lyfja, m.a. hormónagetnaðarvarna. Ákveðin skilyrði eru sett fyrir því hverjir geti sótt um slík leyfi. Gerð er krafa um nám sem

er bæði fræðilegt og klínískt. Mismunandi getur verið eftir löndum og innan sama lands hvaða kröfur eru gerðar um menntun. Fram kemur að menntunin er iðulega á framhaldsnámsstigi (meistarastigi).

Staðan hér á landi

Í fyrsta hluta laga um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir nr. 25/1975 segir í 1. gr. að gefa skuli fólki kost á ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir. Í 2. gr. kemur fram að veita skuli fræðslu og ráðgjöf um notkun getnaðarvarna og útvegum þeirra. Samkvæmt þessum lögum skal veita ráðgjafarþjónustuna á heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum. Það eru því skýr lagaákvæði um þessa þjónustu hér á landi.

Aðgengi

Miðað við íslenskt heilbrigðiskerfi og landslög um kynheilbrigðismál (nr. 25/1975) ætti ungt fólk að geta leitað á heilsugæslustöð til að fá fræðslu og ráðgjöf um kynheilbrigði, þ. á m. um getnaðarvarnir. Þótt visst aðgengi hafi verið til staðar hefur skort að sérsníða þjónustuna að þörfum ungs fólks. Sérþörfum ungs fólks í kynheilbrigðismálum var enginn sérstakur gaumur gefinn fyrr en farið var að opna unglingamóttökur á heilsugæslustöðvum fyrir tæpum tíu árum. Fyrsta móttakan tók til starfa árið 1999 á Akureyri. Síðan tók hver við af annarri á Reykjavíkursvæðinu. Voru móttökurnar yfirleitt opnar einu sinni í viku, einn tíma í senn. Unglingamóttakan í Hafnarfirði náði hvað bestri fótfestu. Þrátt fyrir það var ákveðið eftir sumarlokanir árið 2007 að loka henni. Rökin, sem fram komu í fjölmiðlum fyrir lokuninni, voru launamál lækna. Þessi lokun hefur áhrif á aðgengi unglinga að kynheilbrigðisþjónustu á þeirra þjónustusvæði. Í stað þess að loka þessari móttöku hefði í raun átt að auka hana og efla. Hér var því tekin ákvörðun sem miðast ekki við þarfir ungs fólks.

Aðgengi að þjónustu lýtur jafnframt að því að panta tíma og hvernig þjónustutímanum

er háttað. Í viðtölum við ungt fólk í rýni-
hópum hér á landi hefur iðulega komið
fram að þeim finnst erfitt að panta tíma
á heilsugæslustöðvum og sækja sér
þjónustuna fyrir klukkan 16 á daginn.
Landskönnun frá 1996 meðal ungs fólks
sýndi að 64% þeirra vildu breyta þjónustutíma
heilsugæslunnar (Sóley S. Bender, 2006).
Fram kom í einu viðtali ljósmóðurfræði-
nema að það getur verið langur vegur milli
þess að fara til skólahjúkrunarfræðings og
síðan að panta sér tíma hjá heimilislækni.
Í viðtalinu kom fram að 14 ára stúlka
hafði leitað til skólahjúkrunarfræðings vegna
getnaðarvarna. Hún sagði í viðtalinu: „Hún
(júkrunarfræðingurinn) útskýrði fyrir mér
helstu kosti og galla getnaðarvarna og við
komumst að þeirri niðurstöðu að pillan væri
besti kosturinn fyrir mig. Svo benti hún mér
á að fara til heimilislæknisins míns en ég dró
það í margar vikur vegna þess að ég þorði
ekki að leita til hans.“ Hún útskýrði frekar
hvað hefði hindrað hana: „Ég var bara svo
ung og ein í vinahópnum sem var í svona
hugleiðingum. Ég var alveg viss um að ég
mundi ekki mæta neinum skilningi hvorki hjá
lækninum né hjá foreldrum mínum ef þau
mundu fréttu þetta.“ Að auki kom fram að
hún var ekki viss hvort lækknirinn væri bundinn
trúnaði. Fleiri þættir geta dregið úr ungu fólki
að sækja sér þessa þjónustu eins og ef
það óttast neikvætt viðmót starfsfólks, að
trúnaðar verði ekki gætt, því verði ekki sýnd
virðing, það geti átt von á að hitta foreldra
á móttökunni og ef það heldur að það verði
spurt óþægilegra spurninga um kynlíf sitt
(Bender, 2005). Að auki hefur ungt fólk
fengið misvísandi skilaboð um það hversu
gömul unglingsstúlka þarf að vera til að
geta byrjað að nota hormónagetnaðarvörn.
Aðgengi nær jafnframt til þess að kaupa
getnaðarvarnir og getur kostnaður skipt
miklu máli. Í landskönnuninni frá 1996
kom fram að 67,5% vildu lækka verð á
getnaðarvörnum. Einnig nefna unglingar
það oft hve smokkar eru dýr getnaðarvörn.
Þrátt fyrir að löginn nr. 25/1975 kveði á um
að vinna eigi að því að auðvelda almenningi
útvægum getnaðarvarna, m.a. með því að
sjúkrasamlög taki þátt í kostnaði þeirra
þá hefur slíkt ekki komið til framkvæmda
ennþá.

Gæði þjónustunnar

Fyrirnefnd landskönnun (1996) sýndi
að 3% ungmenna fannst þjónusta fyrir

„Með breyttri þjónustu er líklegt að ungt fólk
fylgi frekar leiðbeiningum um getnaðarvarnir og
kynheilbrigði þess batni.“

ungt fólk um kynlíf, getnaðarvarnir og
barneignir (kynheilbrigðisþjónusta) vera
góð, 25,4% fannst hún í lagi, 43,2%
fannst hún ekki nógu góð og 28,4% tjáðu
ekki afstöðu sína. Sama könnun leiddi í
ljós hve ungt fólk telur mikilvægt að veitt
sé góð þjónusta á þessu sviði, 90-99%
svarenda sögðu að ýmsir gæðabættir
þjónustunnar væru mikilvægir eða mjög
mikilvægir. Þetta voru þættir eins og að
ráðgjafi hlusti vel, sýni skilning, starfsfólk
sé vingjarnlegt og virði ungt fólk, unga
fólkið geti spurt spurninga og að trúnaðar
sé gætt (Bender, 1999).

Þó að ýmsir séu ánægðir með þá þjónustu
sem lýtur að getnaðarvörnum þá benda
upplýsingar til þess að þegar á heildina
er lítið þurfi verulega að bæta þjónustuna
til að hún fylgi ákveðnum gæðastöðlum.
Að ég best veit þá eru engar sérstakar
miðlægar vinnureglur til um þjónustu
er lýtur að ráðgjöf um getnaðarvarnir
hérlandis. Víða erlendis, eins og í Bretlandi,
hafa verið settir fram gæðastaðlar um
kynheilbrigðisþjónustu (Faculty of Family
Planning and Reproductive Health Care of the
Royal College of Obstetricians and
Gynaecologists, 2003).

Jafnframt er mjög mikilvægt að þjónustan
byggist á ráðgjöf þar sem m.a. er lögð
áhersla á að útskýra valkosti, viðhafa
tvíhliða samskipti og gæta hlutleysis. Að
auki þarf að byggja ákvörðun um notkun
getnaðarvarna á upplýsingum, vinna með
tvíbentar tilfinningar og veita fræðslu um
þá getnaðarvörn sem valin er. Vinna þarf
út frá þessum þáttum þegar einstaklingur
kemur til að fá getnaðarvörn. Til að unnt
sé að tala um gæðabþjónustu þarf auk
þess að veita vandaða fræðslu og ráðgjöf
til að undirbúa einstaklinginn undir notkun
getnaðarvarnarnar og stuðla þannig að
staðfastri notkun getnaðarvarna. Leggja
þarf áherslu á ráðgjöf en ekki einhliða
fyrirmæli. Viðtöl ljósmóðurfræðinema á
síðastliðnum árum hafa leitt í ljós að það
vantar verulega á að grundvallaratriðum
ráðgjafar sé fylgt, eins og að skoða
valkosti, útskýra þá og að konan geti

tekið upplýsta ákvörðun. Í eftirfarandi
viðtali kemur fram skortur á fræðslu ásamt
takmarkaðri fagmennsku: „Ég fór 16 ára
gömul til heimilislæknis og hann spurði
mig – sem var alveg fáránlegt – hvaða pillu
ég vildi fara á. Ég hef náttúrlega ekkert
vit á þessu en sagði nafn á pillu sem
vinkona mín var á ... Með hinar (komurnar
til læknisins) þá fékk ég heldur ekki neina
sérstaka fræðslu.“ Önnur kona, sem hafði
fengið koparlykkjuna, var innt eftir því
hvers vegna hún hefði valið koparlykkju
fremur en hormónalykkju. Hún sagði: „Ég
vissi eiginlega ekkert um að það væri til
önnur tegund af lykkju þegar ég var að
pæla í þessu. Læknirinn sagði mér ekkert
frá henni.“

Ávinningur og áhætta af breyttu hlutverki hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra

Ef ætlunin er að breyta og bæta fyrirnefnda
þjónustu innan heilsugæslunnar og í skólum
landsins þarf að leggja á vogaskálarnar
bæði ávinning og áhættu sem getur falist í
breytingunni. Núverandi þjónusta varðandi
ráðgjöf um getnaðarvarnir þarfnast
endurskoðunar. Afar brýnt er að fylgja
eftir lögum um ráðgjöf og fræðslu um
kynlíf og barneignir, fóstureyðingar og
ófrjósemisaðgerðir nr. 25/1975. Mikil þörf
er á bættri fræðslu og ráðgjöf á þessu
sviði sérstaklega fyrir ungt fólk. Fylgja
þarf eftir markmiðum í heilbrigðisáætlun
til ársins 2010 þar sem fjallað er um
kynheilbrigðismál, eins og fækkun þungana
meðal unglingsstúlkna og kynsjúkdóma
(Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið,
2001). Jafnframt þarf að bæta aðgengi
að ráðgjöf um getnaðarvarnir og bæta
þjónustuna sjálfa, t.d. með því að byggja
á ráðgjöf en ekki fyrirmælum og styðjast
við samræmdar vinnureglur (gæðastaðla).
Með breyttri þjónustu er líklegt að ungt fólk
fylgi frekar leiðbeiningum um getnaðarvarnir
og kynheilbrigði þess batni.

Margar spurningar geta vaknað um það
hvort einhver áhætta sé fólgin í því að
hjúkrunarfræðingar og ljósmæður ávísi

hormónagetnaðarvörnum. Leitast er við að svara tveimur mikilvægum spurningum er varða aðgengi og gæði.

Mun aðgengi að þjónustunni minnka?

Með þessari breytingu á þjónustunni mun aðgengi líklega stórbatna. Það hefur margoft komið fram í viðtölum við ungt fólk hér á landi í rýnihópum að margvíslegar hindranir eru til staðar sem hefta það í að nálgast þjónustuna. Jafnframt hefur komið fram að ungu fólki finnst auðveldara að leita til hjúkrunarfræðinga á heilsugæslustöðvum heldur en til lækna. Rannsóknir erlendis á því hvernig hægt er að nýta betur tíma bæði hjúkrunarfræðinga og lækna og minnka tafir skjólstæðinga í þjónustuferlinu hafa sýnt að með því að gefa hjúkrunarfræðingum leyfi til að ávísar lyfjum sparast tími og það auðveldar ferlið fyrir skjólstæðingana (Luker o.fl., 1997; Brooks o.fl., 2001).

Munu gæði þjónustunnar minnka?

Eins og þjónustan er í dag vantar töluvert upp á að hún uppfylli gæðakröfur. Ráðgjöfin er sjaldnast byggð á hugmyndafræði heldur einkennist þjónustan meir af einhliða fyrirmælum og oft vantar að veita nauðsynlega fræðslu til að konan geti tekið upplýsta ákvörðun um tegund getnaðarvarnar eða hvernig hún eigi að nota getnaðarvörmin. Það er ólíklegt að klínískt mat hjúkrunarfræðinga eða ljósmæðra á því hvort viðkomandi getnaðarvörn sé viðeigandi eða ekki út frá heilsufarssögu (frábendingum) verði ekki innt fagmannlega af hendi ef hugað er vel að menntun og þálfun þessara starfsstétta í þessum efnum. Áhugasamir hjúkrunarfræðingar og ljósmæður, sem vilja leggja sig fram og vinna vel á þessu sviði, eru líklegir til að huga vel að gæðum þjónustunnar. Það hefur ávallt verið ríkur þáttur í störfum hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra, hvar sem þær starfa, að veita skjólstæðingum fræðslu. Nám fyrir þessar starfsstéttir mundi undirbúa þær sérstaklega á þessu sviði. Það er mun líklegra að þjónustan batni til muna, ekki síst ef hugað er samtímis að gæðamálum, s.s. vinnureglum og skráningu. Rannsóknir hafa t.d. sýnt

að skjólstæðingar, sem leituðu til hjúkrunarfræðinga (nurse practitioners) með ýmis heilbrigðisvandamál, voru nokkru ánægðari með þjónustu þeirra heldur en þeir sem leituðu til lækna með svipuð vandamál (Kinnersley o.fl., 2000; Shum o.fl., 2000).

„Gera þarf breytingar á lyfjalögum þannig að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður geti sótt um leyfi til að ávísar hormónagetnaðarvörnum.“

Lokaorð

Greiða þarf aðgengi ungs fólks að kynheilbrigðisþjónustu sem byggist á ákveðnum gæðastöðlum. Gera þarf breytingar á lyfjalögum þannig að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður geti sótt um leyfi til að ávísar hormónagetnaðarvörnum. Slíkt leyfi væri háð því að þessar starfsstéttir færu í sérstakt nám. Námið (fræðilegt og klínískt) þyrfti að vera á framhaldsstigi og mundi undirbúa þessar starfsstéttir undir breytt hlutverk varðandi ráðgjöf um getnaðarvarnir fyrir ungt fólk. Sérstaklega er mikilvægt hlutverk hjúkrunarfræðinga innan framhaldsskóla landsins. Gera má ráð fyrir því að þessar breytingar hafi í för með sér greiðara aðgengi að kynheilbrigðisþjónustu fyrir ungt fólk auk þess að auka gæði hennar. Jafnframt er líklegt að þær stuðli að kynheilbrigði ungs fólks.

Heimildir

- American Academy of Nurse Practitioners (1998). *Scope of practice for nurse practitioners*. Washingtonborg: American Academy of Nurse Practitioners.
- An Bord Altranis and National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2005). *Review of nurses and midwives in the prescribing and administration of medical products*. Dublin: An Bord Altranis and National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery.
- Bender, S.S. (2005). *Adolescent Pregnancy*. Reykjavík: Höfundur.
- Bender, S.S. (1999). Attitudes of Icelandic young people toward sexual and reproductive health services. *Family Planning Perspectives*, 31(6), 294-301.

- Brooks, N., O'tway, C., Rashid, C., Kilty, L., og Maggs, C. (2001). Nurse prescribing: What do patients think? *Nursing Standard*, 15 (17), 33-38.
- Crown, J. (1999). *Review of prescribing, supply & administration of medicines*. London: National Health Service.
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2003). *Service standards for sexual health services*. London: Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K., Clement, J., Archard, L., Turton, P., Stainthorpe, A., Fraser, A., Butler, C.C., og Rogers, C. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting same day consultations in primary care. *British Medical Journal*, 320, 1043-1048.
- Luker, K., Austin, L., Hogg, C., Willock, J., Wright, K., Ferguson, B., Jenkins-Clark, S., og Smith, K. (1997). *Evaluation of nurse prescribing: final report*. Liverpool og York. Universities of Liverpool and York.
- Lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemissaðgerðir, nr. 25/1975.
- National Health Service (1999). *Review of prescribing, supply & administration of medications*. London: National Health Service.
- Pearson, L. (2003). Fifteen annual legislative update, the nurse practitioner. *The American Journal of Primary Health Care*, 28(1), 35-58.
- Schudder, L. (2006). Prescribing patterns of nurse practitioners. *Journal of Nurse Practitioners*. Sótt á www.npjournal.org.
- Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M.A., Skoda, S., og Clement, S. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multi-centre, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 320(7241), 1038-1043.
- Sóley S. Bender (2006). *Þróun kynheilbrigðisþjónustu fyrir unglinga*. Í Helga Jónsdóttir (ritstj.), *Frá innsæi til inngripa*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Sóley S. Bender (2000). Skýrsla um fóstureyðingar og aðgengi að getnaðarvörnum. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Sóley S. Bender, Edda J. Jónasdóttir, Gunnar H. Guðmundsson, Ingibjörg Ásgeirsdóttir, Jens A. Guðmundsson og Þórunn Ólafsdóttir (1995). *Fræðsla og ráðgjöf um getnaðarvarnir*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Sóley S. Bender (1990a). *Fjölskylduáætlun í íslensku heilbrigðiskerfi*. Heilbrigðisskýrslur, fylgirit 1990 nr. 2. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Sóley S. Bender (1990b). *Kynfræðsla: Fræðslu- og ráðgjafarstöð fyrir ungt fólk*. Reykjavík: Heilsuverndarstöð Reykjavíkur.
- Sundström-Feigenberg, K. (1984). Swedish midwives – a case of professional domination of family planning provision by women. *Planned Parenthood in Europe Regional Information Bulletin*, 13 (1), 46-7.